

¿Son los fibratos un grupo farmacológico coste-efectivo?

● Para que un fármaco sea efectivo como agente capaz de prevenir o disminuir la enfermedad cardiovascular (ECV), es imprescindible que su prescripción esté correctamente indicada. Los fibratos son potentes hipotrigliceridémicos y además son capaces de elevar el colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (cHDL). Tres metaanálisis de ensayos clínicos multicéntricos, aleatorizados y doble ciego, han dejado patente que el empleo de los fibratos en la reducción de la ECV tiene éxito en aquellos pacientes con niveles altos de triglicéridos (TG) y bajos de cHDL, seguidos por aquellos que sólo tienen hipertrigliceridemia. Por tanto, son en estos grupos en los que, a pesar de un correcto uso de las estatinas, se deben emplear los fibratos.

Una reciente revisión de la Colaboración Cochrane (CC) confirma que la utilización de los fibratos en prevención primaria es útil para reducir en un 16% el combinado de los principales eventos cardiovasculares: Muerte por ECV, infarto de miocardio no fatal o accidente cerebrovascular no fatal, con un número necesario de pacientes a tratar (NNT) de 112. También se demuestra que los fibratos reducen la morbimortalidad coronaria un 21% más que el empleo de un placebo (NNT: 125). Complementariamente, los fibratos podrían reducir la retinopatía diabética previamente establecida (1).

En otro metaanálisis de la misma CC, se vuelve a confirmar que los fibratos son útiles en los pacientes en prevención secundaria, especialmente para la prevención de recurrencias de origen coronario, tanto no

fatales como fatales, efecto este independiente de la edad, el género, la presencia o no de diabetes mellitus (DM), y del tipo de territorio vascular previamente afectado.

En las dos últimas décadas, una decena de trabajos han evaluado el coste efectividad de los fibratos en la prevención cardiovascular, siempre asociados al empleo de estatinas, o en las complicaciones microangiopáticas. En uno de los estudios más importantes se destaca su efectividad si se emplea, como dijimos con anterioridad, en pacientes con elevación de TG. Las estimaciones del costo de los fibratos por año de vida ahorrado oscilan según el sexo y el tipo de hiperlipidemia primaria entre 16.955 -59.488 dólares USA, siendo menor si existe hipertrigliceridemia. Es de destacar que el uso del fenofibrato micro-nizado fue más rentable que el empleo de 20 mg al día de simvastatina en los pacientes con hiperlipemia tipo IIb, caracterizada por el aumento de colesterol y TG (2).

Cuando se emplea la combinación fenofibrato-fluvastatina en el tratamiento de pacientes con hiperlipemia combinada, DM o enfermedad coronaria, los autores de un estudio encuentran disminuciones significativas de colesterol-LDL (cLDL), cHDL y TG, de -35%, +34% y -32% respectivamente, frente a las pertinentes reducciones de -25%, +14%, -17%, en monoterapia con la estatina. Valiéndose de una herramienta estadística utilizada en el análisis del costo-efectividad de las intervenciones de atención médica: la relación costo-efectividad incremental (ICER), obtienen que por cada 1% de disminu-



Dr. Ángel Brea Hernando

Unidad de Lípidos. Servicio de Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño

ción en el nivel de cLDL logrado con dicha combinación de hipolipemiantes, solo se agregaba un costo de 12,25 dólares USA por año, y que por cada 1% de aumento en el nivel de cHDL, se incrementaba 6,12 dólares anuales, sobre el gasto de la monoterapia (3). Por tanto, queda probada así la eficiencia de la adición del fenofibrato en la mejora del perfil lipídico.

Los pacientes diabéticos son la población que con más frecuencia presenta Dislipemia Aterogénica, esto es: elevación de TG y niveles de cHDL bajos. Diversos estudios

han demostrado de forma convincente la eficacia de los fibratos en las personas afectas de DM.

Un trabajo efectuado en Gran Bretaña que analiza el coste-eficacia del tratamiento de los diabéticos con fibratos, sugiere que éstos podrían ser incluso más rentables que las estatinas. El gasto calculado por evento cardiaco evitado durante cinco años sería

de entre 2.642 y 3.700 libras, lo que significaría un 54% de ahorro (4).

Por último, en diabéticos, el fenofibrato tiene confirmada su capacidad de enlentecer la progresión de la retinopatía diabética y de rebajar la necesidad de amputaciones. Dos estudios usando la metodología ICER confirman, no solo la rentabilidad sino el ahorro en gastos hospitalarios (5).

Bibliografía

1. Jakob T, Nordmann AJ, Schandelmaier S, Ferreira-González I, Briel M. Fibrates for primary prevention of cardiovascular disease events. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 16; 11:CD009753.
2. A head-to-head comparison of the cost effectiveness of HMG-CoA reductase inhibitors and fibrates in different types of primary hyperlipidemia Perreault S., Hamilton V.H., Lavoie F., Grover S. *Cardiovascular Drugs and Therapy* 1997; 10: 787-94.
3. Comparison of fluvastatin + fenofibrate combination therapy and fluvastatin monotherapy in the treatment of combined hyperlipidemia, type 2 diabetes mellitus, and coronary heart disease: A 12-month, randomized, double-blind, controlled trial Derosa G., Cicero A.E.G., Bertone G., Piccinni M.N., Ciccarelli L., Roggeri D.E. *Clinical Therapeutics* 2004; 26:1599-607.
4. Cost-outcome benefits of fibrate therapy in type 2 diabetes Feher M.D., Langley-Hawthorne C.E., Byrne C.D. *British Journal of Diabetes and Vascular Disease* 2003; 3:124-30.
5. Cost-effectiveness of combined treatment of metformin and fenofibrate on retinopathy progression Hren R., Cerovic R. *Value in Health* 2013; 16:7(A438).